

Cohesión y coordinación en el Sistema Nacional de Salud. Reflexiones y propuestas

Francisco Reyes Santías (francisco.reyes@usc.es) y
Francisco X. Cerviño González

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO

Resumen: La práctica de las relaciones entre el Estado y las Comunidades Autónomas en el ámbito de la salud proporcionan referencias importantes para el desarrollo de la cohesión en el Estado autonómico. Las fórmulas de financiación territorial en España no incorporan objetivos de reducción de desigualdades territoriales. Las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre ámbitos geográficos distintos son una realidad. El instrumento global de cohesión más importante de los sistemas sanitarios así constituidos es su misma arquitectura. El mantenimiento del Sistema Nacional de Salud como instrumento de cohesión precisa que se lleve a cabo un amplio debate social y político. Las relaciones entre Administración Central y Comunidades Autónomas, deben basarse en el principio de aprovechar las sinergias entre Administraciones.

Palabras clave: Cohesión, SNS, financiación sanitaria.

Summary: *The relationship between the Central Government and Regions in the field of Health promotion, gives important references for developing cohesion in a Regional State. The financial system for Regions in Spain does not involve mechanisms for reducing inequalities among them. There is evidence of variations in health care services utilization. The main mechanism for health system's cohesion may be its own architecture. To preserve the National Health System as a mechanism of cohesion it is necessary a spread social and political debate. Relationship between Central Government and Regions should be based on taking advantage on synergy among Public Administrations.*

Keywords: Cohesion, NHS, Health Care Financing.

La garantía de equidad en el SNS

La asunción de competencias por las Comunidades Autónomas constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle así garantías en cuanto a la equidad, la calidad y la participación. La experiencia y la práctica de las relaciones entre el Estado y las Comunidades Autónomas en el ámbito de la protección de la salud proporcionan referencias importantes para el desarrollo de la cohesión en el Estado autonómico. El esfuerzo compartido que, en este sentido, realizan todos sus integrantes, tiene como objetivo que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios

constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta el Estado autonómico. Por todo ello, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar:

a la Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos.

b la Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.

c Y, por último, la participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, que permita además el intercambio de conocimientos y experiencias.

Debemos constatar que, en la práctica, las fórmulas de financiación territorial en España no incorporan objetivos de reducción de desigualdades territoriales. El llamado fondo de cohesión, de nombre equívoco, apenas cubre en la práctica la atención de pacientes desplazados. Todavía no se ha encontrado una fórmula satisfactoria para resolver los flujos interiores de pacientes, ni para compensar a las CC AA por la atención a pacientes extranjeros. El RD 1247/2002, que regula la gestión del Fondo de Cohesión, excluye la atención primaria y la atención urgente, así como las compensaciones por gastos de farmacia. Incentiva a las CC AA a emitir pacientes a otras regiones, sin asumir ningún coste por ello. El “coste compensable” por el Fondo de Cohesión se ha estimado (anexos I y II del RD 1247/2002) en el 20% del coste fijo en hospitales, más el 100% del variable que, en términos medios, corresponde a un 40% del coste total de cada GRD, y con tarifas que representan el 80% del coste total estimado de otras pruebas y procedimientos (anexo I B). El RD 1247/2002 es poco preciso al establecer las condiciones y requisitos para los desplazamientos de pacientes: “con autorización expresa de la comunidad autónoma de origen y en coordinación con la comunidad autónoma de recepción, cuando en la comunidad autónoma de residencia no se disponga de los servicios hospitalarios que se requieren, o éstos sean manifiestamente insuficientes para atender a la población, dentro del ámbito territorial de dicha comunidad” (art. 2.1.a).

En 2003 el gradiente entre la comunidad autónoma que más gastaba en Sanidad por persona y la que menos gastaba fue de 210 euros –en torno al 20% del gasto medio– y aumentó respecto a 1999 –162 euros–, según datos del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario creado por la I Conferencia de Presidentes 2005. Sin embargo, esta diferencia de gasto *per capita* no debe interpretarse necesariamente como una deficiencia del sistema o síntoma de inequidad. Comparada con otros países de sistema nacional de salud descentralizado, España es un país relativamente homogéneo en gasto. Las diferencias de gasto sanitario público *per capita* podrían estar reflejando necesidades diferentes y un modelo que ajusta por necesidad (véase la revisión internacional de medidas de necesidad para repartos presupuestarios entre territorios en el apartado 1 de este trabajo). También podrían ser consecuencia de ineficiencias sistemáticas del gasto público en algunas CC AA. Gastar más no necesariamente implica gastar mejor, como ha puesto de manifiesto de manera contundente la bibliografía sobre economía de la salud (Fisher y Welch, 1999a; Fisher y Welch, 1999b).

Según un estudio econométrico reciente (Costa-Font y Pons-Novell, 2005), hay evidencia empírica de que, con la descentralización, el gasto sanitario público en España ha aumentado, que las regiones más ricas gastan más *per capita*, las forales más que las de régimen común, y que el gasto público depende positivamente de la disponibilidad de *inputs*, pero no de la estructura etaria o el envejecimiento de la población. Otro resultado relevante de ese estudio es que se produce una intensa interacción espacial.

Es decir, el gasto sanitario público de una región está influido por el gasto de las regiones limítrofes. Una de las causas de este “contagio” puede ser la emulación de las políticas y de las negociaciones de convenios colectivos, en lo que se convierte en una “carrera hacia la cima”, en una especie de “competición intergubernamental”, en la que cada región se toma como referencia para fijar objetivos, para fijar el máximo alcanzado por el conjunto de las CC AA.

Por otra parte, conviene tener en cuenta que la cuantía del gasto sanitario de un país o de una región no tiene traducción directa en términos de salud, acceso a la asistencia sanitaria o bienestar.

Las diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre ámbitos geográficos distintos son también una realidad constatable, aun cuando las poblaciones comparadas tengan perfiles de morbi-mortalidad muy similares. Respecto a la justificación de estas diferencias también parece haber consenso: no responden a factores intrínsecos, a las características de los pacientes, sino, más bien, a factores que tienen que ver con la oferta disponible (González y Barber, 2006).

Las desigualdades en la oferta y en el acceso a los servicios sanitarios son más evidentes que las desigualdades de salud, incluso a pesar de la precariedad del sistema

de información. Son muchos los estudios que en nuestro país demuestran la existencia de la importante variabilidad de utilización entre áreas de salud.

Las desigualdades de acceso a la atención sanitaria de calidad que afectan a los ciudadanos van desde las que se refieren al tiempo que se tarda en llegar al centro de salud o al hospital de referencia hasta las demoras para recibir asistencia debido a las listas de espera.

Muchos autores coinciden en definir la inequidad en términos de desigualdades en salud. Estas son las que importan, más allá de las diferencias en utilización de servicios sanitarios.

La esperanza de vida en España entre 1980 y 2000 ha crecido un 4,69%. Comparando este crecimiento global con el de las autonomías y analizando las variaciones entre los años citados, Aragón, Castilla y León, Cataluña y Madrid son las únicas comunidades que están por encima de la media nacional en ambos periodos de tiempo, mientras que Andalucía, Asturias, la Comunidad Valenciana, Extremadura, Canarias y Murcia estaban y han permanecido por debajo del crecimiento medio nacional. Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra, País Vasco y La Rioja han cambiado de posición, ya que, de tener un crecimiento inferior al nacional, han pasado en 2000 a situarse claramente por encima de la media. Por su parte, la comunidad de Baleares es la única que ha realizado el cambio en sentido negativo. El estudio de Goerlich y Pinilla (2005) concluye que entre 1980 y 2000 se ha reducido la variabilidad de esperanza de vida al nacer dentro de las CC AA, pero las diferencias entre éstas se han acrecentado.

Otro indicador que podemos usar para medir diferencias en salud es la vulnerabilidad a la muerte a una edad relativamente temprana, que se mide con la probabilidad al nacer de no vivir más allá de los 60 años. Según el mismo estudio, esta probabilidad ha pasado del 13,7% en 1980 al 11,2% en 2000. Tampoco parece que haya habido convergencia respecto a este indicador. La variabilidad ha permanecido constante, y de las cinco comunidades que más han mejorado –Cantabria, Madrid, País Vasco, Navarra y Castilla-La Mancha–, tres ya se situaban en las mejores condiciones de partida, mientras que Asturias y Canarias no han abandonado las dos últimas posiciones.

Otro trabajo reciente (Montero, Jiménez y Martín, 2006), en el que se analiza en qué medida y cómo el proceso de descentralización territorial de la Sanidad ha afectado o no a la convergencia en salud entre las comunidades autónomas –utilizando como base la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, y empleando modelos económicos de convergencia beta y sigma–, concluye que en el periodo analizado (1981-2002) no se ha producido convergencia en salud y que, aunque los resultados se deben interpretar incluso con cautela, dada la limitación en los indicadores utilizados, las divergencias pueden continuar ampliándose. Según el Informe

Anual del Observatorio Nacional de Salud (2003), en el que se analizan y comparan las Encuestas Nacionales de Salud de 1993 y 2001, los indicadores de morbilidad siguen un patrón de desigualdad Noreste-Suroeste. En el detallado Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (Benach *et al.*, 2001) también se describe un gradiente acusadísimo Norte-Sur en determinadas causas de muerte, como las enfermedades cerebrovasculares o la enfermedad isquémica del corazón, mientras que para otras causas de muerte la variabilidad intracomunitaria es mucho mayor que las variaciones entre CC AA –por ejemplo, cáncer de colon–.

Con todo, las desigualdades geográficas en salud que afrontamos en España son más moderadas que en otros países europeos. A título ilustrativo, la diferencia de esperanza de vida al nacer entre los hombres de East Dunbartonshire y de la ciudad de Glasgow era en 1998-2000 de 7,4 años (Crombie, Irvine, Elliot y Wallace, 2005). La tasa de mortalidad por debajo de 65 años en Manchester es de 69,3 por 100.000, mientras que en Kensington y Richmond es de 20,6 por 100.000. Las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que viven en áreas ricas del Reino Unido tienen una tasa de supervivencia a los 5 años del 71%, frente al 63% en las áreas pobres (Department of Health, 2002b). Esos ejemplos ilustrativos nos sirven de referencia para valorar el alcance de las desigualdades en salud entre regiones y áreas españolas. En España la diferencia máxima de esperanza de vida al nacer entre comunidades autónomas en 1999 era de 2,75 años para los hombres y de 3,12 años para las mujeres.

Según un estudio acerca de las consecuencias de la descentralización sanitaria en España (López Casanovas, Costa-Font y Planas, 2005), hacia el año 2000 los resultados de salud no eran mejores en las CC AA con transferencias sanitarias que en las del Insalud Gestión Directa. La mortalidad evitable muestra una pauta Norte-Sur que está en correlación con el gasto sanitario *per capita*. No hay en España correlaciones significativas entre desigualdades regionales en el gasto sanitario y desigualdades en los indicadores de salud. Hasta qué punto las diferencias geográficas en salud se deben a las actuaciones –o a la falta de actuaciones– del sistema sanitario, o se deben a otros factores, como los estilos de vida, es una cuestión abierta. Ciertos tipos de desigualdad en salud entre CC AA tienen una causa tangible, que se puede atribuir a las políticas. Por ejemplo, los programas públicos de salud bucodental infantil (PADI) iniciados hace quince años en Navarra y en el País Vasco son la causa atribuible de las diferencias significativas en la evolución de las caries infantiles entre esas CC AA y las del resto del país. Algunas desigualdades territoriales en salud no pueden atribuirse –ni se podrían haber evitado– al sistema sanitario, por ejemplo, la muerte en accidentes de tráfico, uno de los “puntos negros” de nuestro país.

Según el Barómetro Sanitario 2007, la satisfacción –*output* del sistema al que se le da una importancia cada vez mayor– difiere entre CC AA.

En su edición de 2007, la valoración que hacen los usuarios del sistema sanitario público va desde el notable recibido en Asturias al ligero aprobado de Canarias y Galicia. Más de dos puntos sobre diez de diferencia en la valoración media entre dos CC AA marca una diferencia muy significativa y, desde el punto de vista de la cohesión del sistema, es un síntoma muy preocupante. Lo mismo ocurre con el gradiente de percepción de la calidad de los servicios sanitarios públicos de la comunidad autónoma por comparación con las demás o con la percepción de discriminación por calidad asistencial.

Instrumentos de cohesión del SNS

El instrumento global de cohesión más importante de los sistemas sanitarios así constituidos es la misma arquitectura de cada uno de ellos, y en concreto:

1) La propia **concepción de la protección sanitaria universal**, basada en un único garante de la misma en el caso de los Servicios Nacionales de Salud.

Una forma y una garantía única de protección sanitaria, constituye el instrumento adecuado y necesario para lograr la protección sanitaria universal en un país.

2) El segundo instrumento de cohesión es el **sistema de financiación** de cada uno de los sistemas sanitarios, cuya base principal en cada caso es una financiación pública común obtenida de impuestos generales, cuya cuantía se reparte según necesidades a partir de fondos comunes.

Ese procedimiento de financiación principal permite un acceso a los servicios sanitarios libre de cargas económicas para el paciente en el momento de su uso.

3) La contribución de los servicios sanitarios a la reducción de las desigualdades sociales consideradas no adecuadas no se realiza solamente mediante una contribución a su sostenimiento económico, que se pretende de una u otra manera proporcional a la capacidad económica de cada uno, sino mediante el **uso de los servicios sanitarios con arreglo a criterios de necesidad**.

El objetivo de los servicios públicos de salud es lograr la igualdad en el acceso para las condiciones de igual necesidad. Los instrumentos para lograr ese objetivo incluyen una distribución planificada de los recursos económicos y técnicos según criterios de necesidad, y un grado de integración de los propios recursos que permita su uso general por parte de todos los ciudadanos, de manera que se eviten los problemas de calidad en la prestación que se pueden derivar de una acumulación de riesgos no adecuada.

4) El último de los instrumentos de cohesión en los servicios sanitarios públicos es la existencia de un **ámbito de conocimiento compartido, que incluye el personal, cuya movilidad es la garantía de la difusión del conocimiento, y un mercado**

tecnológico común, este último derivado de unos mecanismos comunes de autorización y registro para su utilización.

Los instrumentos de cohesión del sistema sanitario español en relación con sus características y su descentralización son:

A) en relación con el carácter universal de la protección sanitaria y el título que da origen a la misma, la primera cuestión a resaltar es que la vinculación teórica entre el ejercicio al derecho a la protección de la salud y la condición de ciudadanía española y situaciones asimiladas a la misma no se ha hecho efectiva en la práctica. Persisten distintas diferencias en la forma y el contenido de la protección sanitaria ofrecida realmente en relación con determinadas condiciones laborales específicas (régimenes de funcionarios, personal militar y de la Administración de Justicia); no hay una vía común establecida para el reconocimiento del derecho, ni un instrumento común que acredite tal derecho; e incluso persiste, aunque con tamaño reducido (que podría estimarse entre 200 y 300.000 personas), un grupo de población sin vinculación laboral alguna que no tiene previsto un mecanismo común para acreditar su derecho a la protección sanitaria y obtener con ello la atención efectiva cuando sea preciso sin otros requisitos. La importancia de este último grupo no deriva de su número, sino del hecho de que es la prueba más clara de que no se ha establecido una vinculación entre la condición de ciudadanía y el ejercicio efectivo del derecho, pese a haberse establecido una vía fiscal general de financiación.

El proceso de descentralización ha añadido un punto más de complejidad a esta situación, pues tras completarse el proceso de traspasos en los términos citados resulta imprecisa la entidad, central o autonómica, responsable de garantizar el ejercicio del derecho. Como consecuencia y expresión más gráfica de esta situación, no existe en la práctica ninguna base de datos de la población con derecho a la asistencia sanitaria y su distribución, lo que da lugar a la posibilidad de duplicaciones bajo sistemas de protección distintos, y a la dificultad de obtener datos comunes y acordados para los instrumentos de financiación con base capitativa, que, como consecuencia, están sometidos a debate permanente.

B) en relación con la financiación de la asistencia sanitaria, la situación más característica, es que en el momento actual la totalidad de la financiación sanitaria corre a cargo de impuestos generales, tanto directos como indirectos, integrados en el sistema general de financiación autonómica. En este sistema, en vigor desde Enero de 2002, no existe una adscripción finalista de tributos ni una garantía de dedicación de fondos a finalidades específicas. Para la financiación sanitaria está prevista una dotación mínima de fondos por parte de cada una de las CC.AA., acerca de la cual se prevé mantener una información periódica; pero no hay otros mecanismos de

control previstos, ni posibilidad de obligar a modificar la dotación desde ninguna entidad u organismo ajeno a los órganos presupuestarios autonómicos.

Como resultado del sistema de financiación en vigor, la Administración General del Estado carece de instrumentos financieros para ejercer su papel en la coordinación de los servicios sanitarios cuya gestión ha sido traspasada a la totalidad de las CC.AA. Por su parte, cada una de éstas recibe con carácter casi exclusivo una financiación para el sostenimiento de los servicios sanitarios que está en relación con su propia población y la capacidad económica de ésta. Esta situación permitiría establecer una vinculación directa entre las responsabilidades financieras y la garantía de la cobertura sanitaria, atribuyendo ésta a cada una de las CC.AA. respecto a su propia población, sin que la garantía general de la cobertura sanitaria y la “portabilidad” de este derecho disponga de soportes financieros efectivos.

C) La desaparición de instrumentos financieros de coordinación efectivos se ha sustituido por la apelación a las competencias de unas y otras administraciones con respecto al sistema sanitario.

Con respecto a esta cuestión, en España, como en otros países, las competencias sanitarias de unas y otras administraciones están también entrelazadas. A ese panorama común hay que añadir un grado aún mayor de complejidad en el establecimiento de los papeles respectivos, derivado de las diferentes interpretaciones posibles del título bajo el que se ha producido la cesión de responsabilidades en asistencia sanitaria a las CC.AA. Esa variedad de interpretaciones posibles, que derivan en una extensión diferente de las competencias sanitarias a ejercer por cada uno de los niveles, central y autonómico, de las administraciones sanitarias, no ha sido objeto de ningún acuerdo ni interpretación común.

A esa situación hay que añadir que el ejercicio de las competencias claramente establecidas como propias de la Administración General del Estado (en materias como el establecimiento y mantenimiento de un sistema de información operativo en las materias, que son muchas, de interés común, cuyo conocimiento resulta imprescindible para que el sistema sanitario, descentralizado de manera progresiva, siga funcionando como un sistema único de protección) ha adolecido de una actitud poco comprometida con esas funciones por parte de todos los gobiernos que han ejercido las responsabilidades sanitarias a ese nivel. Lo mismo ha ocurrido con el seguimiento y control del cumplimiento de las normas y acuerdos de aplicación general por parte de las CC.AA. El resultado de todo ello ha sido que, en la práctica, se ha vaciado de contenido el ejercicio de la “coordinación” del sistema sanitario, reservado por la Constitución a la Administración General del Estado, dando pie a un funcionamiento cada vez más independiente de cada uno de los servicios autonómicos de salud, y

a un ejercicio de la coordinación supeditado a la voluntad y el criterio casi exclusivo de las CC.AA. con arreglo a sus propios intereses.

D) En España, al igual que lo ocurrido en otros países dotados de Servicios Nacionales de Salud, hace más de diez años que comenzó a ponerse en cuestión la estructura del sistema sanitario, promoviendo “nuevas formas de gestión” de los centros sanitarios como forma de afrontar los problemas de eficiencia, sostenibilidad económica y legitimidad de aquél, caracterizados de la misma manera que se ha descrito en un apartado anterior.

Lo más característico de nuestro país ha sido la multiplicación de “nuevos modelos” derivada de y potenciada por el proceso de descentralización, lo que hace aún más variada la diversificación de formas de gestión que la que ha tenido lugar en otros países, en cada uno de los cuales lo habitual ha sido apostar por un único modelo nuevo, con mayor o menor extensión. Cada una de las CC.AA. con la responsabilidad de la gestión de los servicios sanitarios asumida (lo que desde enero de 2002 afecta a la totalidad de aquéllas) ha promovido formas propias y distintas de gestión de los centros sanitarios, aplicables de manera preferente a los nuevos centros, en especial los hospitales.

E) Otro aspecto a considerar en el sistema sanitario español es la constitución de los órganos de coordinación, y de los instrumentos al servicio de la misma. El más característico de los primeros es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, concebido como el órgano supremo de éste. Su naturaleza, al margen de los cambios introducidos en su composición por la más reciente Ley de Cohesión, es idéntica a la de las “Conferencias Sectoriales” previstas en otras áreas en las que se da una situación de competencias compartidas entre diferentes niveles de gobierno: se trata de órganos “de consenso”, cuyos acuerdos carecen de capacidad ejecutiva alguna en cada uno de los territorios autonómicos al margen de la operatividad que les quiera dar en cada uno de ellos el órgano autonómico de gobierno respectivo. Esta condición, que podría ser adecuada como instrumento de acuerdo político, lo hace totalmente inadecuado como responsable final de la gestión eficiente de un servicio público descentralizado.

En cuanto a los instrumentos orgánicos al servicio de la coordinación (Institutos y Agencias para la información o el desarrollo de determinadas actividades sectoriales específicas), se trata en todo caso de entidades creadas en el ámbito de la Administración General del Estado, dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo. Tal constitución y dependencia determinan sus limitaciones más importantes en relación con sus funciones, relativas a la coordinación de administraciones diferentes. Por el contrario, a lo largo del proceso de su constitución, y en especial en la Ley de Cohesión, se ha puesto el acento en sus características relacionadas con otros aspec-

tos estructurales, relativos a su integración en el ámbito del derecho administrativo general o, por el contrario, bajo fórmulas de derecho privado aplicadas en el ámbito público, que supuestamente podrían aportar una mayor agilidad en su gestión.

En todo caso, otras características fundamentales del proceso de modificación o constitución de los órganos de coordinación e instrumentos al servicio de la misma mencionados han sido, en primer lugar, que tales modificaciones o actuaciones constituyentes han tenido lugar una vez completado el proceso de descentralización llevado a cabo, sin ninguna previsión anterior al final de éste (lo que hipoteca las posibilidades de constitución de esos órganos a la interpretación de sus propias competencias por parte de las CC.AA.); y en segundo lugar, que las previsiones respecto a tales órganos una vez completado el proceso descentralizador no han variado en nada sustancial con respecto a los órganos que con el mismo u otro nombre y la misma finalidad existían previamente, en las fases en las que la descentralización era sólo parcial y el Ministerio de Sanidad mantenía la responsabilidad de la gestión (y, en consecuencia, la posibilidad de ejercer una forma de coordinación directa de al menos esa parte del sistema) de una parte sustancial del Sistema Nacional de Salud.

El futuro de los instrumentos de cohesión del sistema nacional de salud

El mantenimiento del Sistema Nacional de Salud como instrumento de cohesión precisa que se lleve a cabo un amplio debate social y político sobre esas cuestiones, que debería llevar a la consecución de un Acuerdo Nacional de Salud, a suscribir por todas las partes interesadas. Sólo la existencia de un Acuerdo previo de esas características podría luego dar pie a la promulgación de las normas de diferente nivel que se consideren precisas para sustituir a las normas que están en vigor.

Desde el punto de vista de la política y gestión sanitaria, las estrategias para reducir la variabilidad en el uso de los recursos de asistencia sanitaria entre territorios, deben provenir de tres vías: una primera, basada en la difusión, estandarización y protocolización del conocimiento científico para reducir la incertidumbre; una segunda basada en el control de la oferta, mediante actuaciones sobre financiación, información y organización, de forma que consiga mitigarse la correlación positiva entre intervenciones y recursos disponibles; y una tercera vía, basada en conseguir resoluciones que respondan, no sólo a los criterios del facultativo, sino que el paciente, informado y sabido, juegue el papel que le corresponde en la toma de decisiones.

Como consecuencia de lo anterior, proponemos una reforma en profundidad, con mejora técnica, del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, administrado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y en un fondo de cohesión –o “fondo de igualdad” propiamente dicho– para reducir desigualdades y para realizar políticas de salud de ámbito supra-

regional. En este sentido, se apunta una propuesta reciente (Martín Martín y Sánchez Campillo, 2006) que nos parece digna de consideración. Consiste en crear un fondo de igualdad que tendría carácter finalista en su financiación y suficiencia dinámica garantizada para financiar políticas de salud de ámbito estatal. Podría ser gestionado por una agencia relativamente autónoma respecto del Gobierno del Estado. La Organización Nacional de Trasplantes –y la política de trasplantes en general– es un referente próximo que ha tenido éxito.

El fondo de cohesión o igualdad debería vincularse a los planes integrales de salud –cardiopatía isquémica, cáncer, diabetes– que corren el riesgo de quedarse en papel mojado a menos que se doten de recursos financieros.

La colaboración institucional entre los niveles central y autonómico-local es uno de los pilares fundamentales del Sistema Nacional de Salud. La calidad global del sistema dependerá en gran medida de la calidad de la colaboración en el Consejo Interterritorial (CI) y en otros organismos.

El Sistema Nacional de Salud español debe aprovechar mejor las ventajas de la descentralización, empezando por compartir determinados costes, como el coste político de decir no a la no financiación pública de tratamientos que no sean coste-efectivos, y de poner en marcha la evaluación retrospectiva –desfinanciación pública–.

Para alcanzar estos fines, el Consejo Interterritorial debería ganar poder ejecutivo, trascendiendo más allá de su actual carácter meramente consultivo. Este cambio exigiría plantear el espinoso tema de la posibilidad del voto ponderado en el Consejo, ya que en la medida que van asumiendo mayores cotas de corresponsabilidad fiscal las CC AA empiezan a ser corresponsables de la financiación de las nuevas prestaciones, deberían tener también cierta capacidad de decisión sobre su incorporación o exclusión a la cartera básica de servicios del SNS.

Para que el CI pueda ejercer de gestor del SNS sería preciso modificar su proceso de toma de decisiones, desde la actual unanimidad a fórmulas que, por ejemplo, podrían inspirarse en el sistema de mayorías y proporcionalidad que recoge el Tratado de la UE. En este contexto cabría otorgar al CI SNS competencias de iniciativa legislativa, reguladoras y de gestión del sistema diferenciadas de las Administraciones del Estado y de las Comunidades Autónomas (Elola, 2008).

No hay duda de que el Gobierno central debe fijar límites mínimos de acceso, calidad o tiempos de espera. La gran cuestión es hasta qué punto debe tener competencias para intervenir si se aprecia claramente que una comunidad no está alcanzando esos mínimos o entra en un proceso de insubordinación. Un Consejo Interterritorial ejecutivo del SNS podría tener competencias para esos casos.

Así, la creación de instrumentos de coordinación como las posibles Agencias del SNS y, en su caso, sus distintos centros, deberían, como en el los países de la UE

analizados o como ha hecho la UE entre los estados miembros, distribuirse a lo largo del territorio nacional, y adoptar formas de funcionamiento en red, que posibiliten cohesionar todas las iniciativas existentes.

Las Agencias deberían ser dependientes, no del Ministerio de Sanidad y Consumo sino estar adscritas al CI, como órganos de soporte técnico y científico para la toma de decisiones políticas.

El CI SNS debería integrar los Consejos de Administración de estas agencias, nombrando a sus componentes. La integración de miembros legos (personas que no tienen intereses directos en el sistema sanitario) en estos Consejos, puede contribuir a la transparencia del sistema. Los responsables de las agencias deberían ser nombrados por el CI SNS, mediante un proceso formal de selección, y vincularse por tiempo definido, estando sujeta su renovación a la evaluación de los resultados.

Además, las agencias de del SNS no deben ser el único instrumento de gobierno del sistema. Para determinados aspectos de la gestión de personal como los relativos a la negociación de condiciones retributivas y otras vinculadas al marco laboral (movilidad en el SNS, categorías profesionales, etc.) se puede promover el desarrollo de estructuras de cooperación entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (similares al SALAR sueco), para que actúen como “patronal” (Elola, 2008).

Hay por lo tanto otras formas de colaboración bilateral y multilateral entre CCAA que enriquecen el tejido sanitario del país. Las intervenciones de la Administración central dirigidas a incentivarlas deben ser bienvenidas –redes de investigación, protocolización conjunta de procesos, intercambios de información-. Como criterio general, las relaciones deben basarse en el principio de aprovechar las sinergias de compartir, coordinar, colaborar y evitar las fricciones de la uniformidad obligatoria.

Bibliografía

- BARÓMETRO SANITARIO. (2007). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España.
- BENACH, J., YASUI, Y., BORRELL, C., ROSA, E., PASARÍN, MI., BENACH, N. et al.(2001). Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España, 1987-1995 Editorial Dit i Fet.
- COSTA FONT J., PONS NOVELL J. (2005). Public health expenditure and spatial interactions in a decentralized national health system. Documents de treball (Universitat de Barcelona. Facultat de Ciències Econòmiques i Empresarials); E05/139.
- CROMBIE, I., IRVINE, L., ELLIOT, L. Y WALLACE, H. (2005), Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective, WHO.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2002). Tackling Health Inequalities. Summary of the 2002 Cross-Cutting Review. London. UK Parliament.
- (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/80/02/04068002.pdf>)

- ELOLA J, director. (2008). Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. España.
- FISHER E. S., WELCH H. G. (1999a). Avoiding the unintended consequences of growth in medical care: how might more be worse?, JAMA, vol. 281, nº5, pp. 446-53.
- FISHER E. S., WELCH H. G. (1999b). Could more health care lead to worse health?, Hosp. Pract. (Minneap.), vol.34, nº 12, pp. 15-2m 25.
- GOERLICH GISBERT F.J., PINILLA PALLEJÀ R. (2005) Las Tablas de Mortalidad del Instituto Nacional de Estadística. Versión (R4): Febrero. Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL B., BARBER PÉREZ P. (2006). Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de Trabajo nº 90. Fundación Alternativas. Madrid.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G., COSTA-FONT, J., Y PLANAS, I. (2005), Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services', *Health Econ.*, vol. 14, n.º 1, p. S221-S235.
- MARTÍN MARTÍN J.J. SÁNCHEZ CAMPILLO, J, (2006). La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada / coord. por Juan Manuel Cabasés Hita, pags. 419-438.